5e Année. No 1. 1er Janvier 1884.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

MM. **J. Baratoux**, à Paris. — **L. Bayer**, à Bruxelles. — **L. Elsberg**, à New-York. — **Ch. Fauvel**, Professeur libre de Laryngologie et de Rhinologie, à Paris. — **Jos. Gruber**, Professeur d'Otologie, à l'Université de Vienne. — **C. Labus**, Professeur de Laryngologie, à Milan. — **Lennox-Browne**, Chirurgien à l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, à Londres. — **C. Miot**, Professeur libre d'Otologie, à Paris. — **Noquet**, de Lille. — **G. Poyet**, Professeur libre de Laryngologie, à Paris. — **Samuel Sexton**, à New-York. — **Schnitzler**, Professeur de Laryngologie à l'université de Vienne. — **Solis Cohen**, Professeur de Laryngologie, à Philadelphie. — **Urban Pritchard**, chirurgien auriste à l'hôpital du « King's Collège », à Londres. — **Voltolini**, à Breslau.

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION
S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 2, cours de Tournon, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1ER JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS ...

PARIS

OCTAVE DOIN, É...

8, — Place d...

MDCCCLXXXIV

Pour tout ce qui concerne les Annonces et Réclames, s'adresser à
M. Edmd BRUGÈRE, 9, ALLÉES DAMOUR, à Bordeaux.

...ux de la Revue sont transférés 2, COURS DE TOURNON

PUBLICATIONS DE LA REVUE

5e Année. N° 1. 1er Janvier 1884.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Hoquet et spasme pharyngo-laryngés;

par le Dr Délie, Dypres (1).

Le hoquet se personnifie par un bruit objectif accompagné subjectivement d'une constriction brusque de la région epigastrique.

Les définitions pathologiques glissent en général sur le phénomène trachéo-laryngé pour s'appesantir sur le spasme diaphragmatique. Certains auteurs décrivent le hoquet comme résultat de l'irritation directe ou indirecte du pneumogastrique se réfléchissant à travers la moelle sur le nerf *phrénique* : la phase convulsive respiratoire tombe dans l'oubli. D'autres analysent le phénomène et trouvent dans le hoquet quatre éléments : une tension subite du diaphragme suivie d'éructation bruyante,

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 19 octobre 1883.

d'inspiration incomplète et d'un mouvement naturel d'expiration. Cette scission met encore le diaphragme au haut de l'échelle symptomatologique : le bruit perçu résulterait uniquement du spasme de l'estomac accompagné de mouvements anti-péristaltiques de l'œsophage qui chassent bruyamment les gaz stomacaux, en hypersécrétion. Des observateurs minutieux reprennent cette définition, et ajoutent que tous les organes thoraciques et abdominaux sont animés d'une impulsion brusque : l'inspiration s'accompagne d'un bruit plus ou moins éclatant et aigu. Le symptôme laryngé sort de l'ombre. La présomption d'un mouvement spasmodique des cordes vocales comme générateur des bruits, se transforma pour moi en certitude absolue, grâce à l'observation directe au moyen du laryngoscope. Mon attention avait été mise en éveil par le fait, que plusieurs malades, après une insufflation ou une cautérisation laryngée, éprouvent subitement de la dyspnée avec constriction épigastrique, très pénible; les patients nous disent sans voix : s'il m'était donné de faire des renvois, la gêne serait éliminée. Quelques instants se passent et ces bons prophètes lâchent une série d'éructations bruyantes qui rendent la voix à leur parole et dissipent le resserrement du creux épigastrique.

Dame fortune eut l'obligeance de confier à mes soins une série de sujets atteints, selon eux, de hoquet rebelle. Le laryngoscope me révéla les symptômes dans tous leurs détails et me permit d'affirmer que dans la série de phénomènes qui constituent le hoquet, le spasme laryngé occupe le premier rang et joue le rôle principal : le bruit perçu existe toujours; la contraction diaphragmatique peut n'être que faible. Le hoquet ne peut se confondre avec les renvois gazeux accompagnés de sensation de gêne épigastrique chez les personnes à voies digestives irritées : ces rôts ne s'accompagnent pas infailliblement de bruit, ils sont sous la dépendance de l'hyperesthésie gastrique, des habitudes et de l'éducation de l'individu; ils ne s'entendent pas à l'otoscope appliqué sur la trachée, et si bruit guttural il y a, il s'identifie constamment dans un phénomène contractile des muscles trachéo-laryngés; un simple rapprochement des cordes vocales

imprime une vibration anormale à la colonne d'air de la trachée et peut provoquer un bruit vocal dans la toux simple à deux tons (gum... me); le premier bruit résulte de l'effort respiratoire et le deuxième doit se produire par le simple rapprochement des cordes vocales.

S'il existe des renvois, rôts ou éructations sans bruit, *il n'y a certes pas de hoquet silencieux* : le phénomène laryngé est inhérent au symptôme. Avant de scruter la nature intime du hoquet, de fournir l'explication des phénomènes qui le constituent et de raisonner les moyens thérapeutiques, passons à l'exposé de quelques cas qui servent de base à nos recherches.

Observation I.

Hoquet et laryngo-trachéite.

La nommée Félicie C..., âgée de vingt-un ans, se plaint de hoquet continuel, de toux pénible, de chatouillement dans la gorge et de gêne épigastrique. L'affection remonte à huit jours et reconnaît pour cause un refroidissement.

L'examen des symptômes me révéla une inflammation des voies respiratoires : au laryngoscope la trachée montrait ses parois tapissées de mucosités adhérentes, touchant la face inférieure des cordes vocales. Le larynx congestionné était le siège de mouvements spasmodiques irréguliers, qui fermaient son ouverture glottique, le détachaient violemment de la paroi pharyngée postérieure et lui faisaient subir un mouvement ascensionnel, grâce à la concomitance de la contraction des muscles pharyngés. Le sujet fit pendant trois mois des inhalations chaudes d'eau térébenthinée. Après ce laps de temps, toute inflammation trachéo-laryngée avait disparu : plus de spasme laryngé, plus de gêne épigastrique, plus de hoquet.

Observation II

Hoquet et tabac en poudre sur les cordes vocales.

Depuis trois semaines, la nommée H. C... est prise de hoquet à timbre élevé. L'examen laryngoscopique révéla des graines noirâtres parsemées sur les vraies cordes vocales et dans le larynx sus-glottique. Ces points étaient entourés d'une

légère auréole congestive, l'inspiration s'accompagnait de fermeture spasmodique de la glotte, d'abaissement de l'épiglotte, d'ascension du larynx et de son détachement de la paroi pharyngée. J'instituai un balayage du larynx au moyen d'un pinceau de ouate mouillée : le tabac en poudre fut proscrit rigoureusement; l'opération fut répétée le lendemain et suivie d'un succès complet; le larynx nettoyé, le hoquet s'envola par enchantement.

Je me permets de rappeler un cas clinique démontrant l'effet désastreux du tabac en poudre. En 1882, le docteur Fischer, premier assistant à la clinique laryngologique du professeur Schrötter, de Vienne, me pria d'examiner une nouvelle malade. La dame se plaignait de perte de l'odorat, du goût et de l'appétit, de haut-le-cœur fréquents, de gêne dans la gorge, de raucité de la voix. La face postérieure du pharynx était tapissée d'un voile noirâtre charbonneux; le larynx avait les cordes congestionnées et les deux aryténoïdes gantées de poudre noire; le pharynx nasal et le nez en totalité portaient une coloration de suie. La femme poussa l'effronterie jusqu'à nier l'usage du tabac en poudre : la trouvaille d'une énorme tabatière lui arracha un aveu. Un lavage scrupuleux procura à la dame une guérison pour le temps où sa volonté surmonta sa funeste habitude.

Observation III.

Hoquet. — Spasme laryngé. — Pleurésie diaphragmatique.

Le 7 mai, je fus appelé en toute hâte chez la demoiselle P. A..., âgée de vingt ans. Le sujet avait accusé des élancements douloureux dans le côté droit de la poitrine; elle souffrait de hoquet et d'accès de suffocation; les personnes accourues l'avaient quittée en proie à une dyspnée telle que la coloration bleuâtre de la face faisait croire à l'axphyxie. Je trouvai la malade en proie à un hoquet à timbre sonore, clair, élevé; la température montait à 38°, la respiration brève, saccadée, superficielle et pénible, donnait 10 à 11 au quart. L'examen rapide de la gorge révéla un simple spasme du pharynx et du larynx. Le poumon était indemne de tout phénomène inflammatoire tangible. La fièvre, le spasme diaphragmatique, la gêne et la douleur respiratoire, le point de côté, me conduisent à diagnostiquer une pleurésie diaphrag-

matique vers la base du poumon droit. Le sujet avait été pris de refroidissement à la sortie du bal de la veille.

Des inhalations de vapeur d'éther et de chloroforme et l'application sur la gorge d'éponges trempées dans des formentations chaudes, calmèrent le spasme pharyngo-laryngé. La compression continue du creux épigastrique entrava le spasme diaphragmatique. La malade prit 4 centigrammes de chlorhydrate de pilocarpine : la sudation fut excessive et amenda graduellement le hoquet. Je n'avais plus qu'à combattre la pleurésie ordinaire.

Observation IV.

Eructation avec bruits expiratoires.

La nommée Céline P..., âgée de vingt-huit ans, se plaint de hoquet, de renvois bruyants avec resserrement à la gorge et à l'épigastre. Le tempérament ultra-nerveux est l'apanage de cette demoiselle. Il y a trois ans, à la suite d'une frayeur, elle fut tourmentée, pendant un laps de temps considérable, d'éructations gastriques bruyantes. Le médecin lui conseilla un régime tonique et le mal s'élimina. Depuis douze mois, des phénomènes identiques se présentent avec intensité plus considérable; la constriction épigastrique est déchirante à certains moments. Céline, guidée par l'expérience, chercha à recouvrer la santé par le régime fortifiant; l'hypéringestion créa une dyspepsie gastrique de l'anorexie et une perversion complète du goût; tous les aliments lui ont un goût de terre. Les renvois sont intermittents le jour et s'éliminent la nuit. Il survient de véritables crises de hoquet, avec éructations expiratoires; Céline se tient debout, le buste penché en avant, les poings sur les hanches, afin de trouver la force nécessaire pour expulser par le haut les gaz de l'estomac; il se produit alors dans un temps *expiratoire* plusieurs bruits se succédant avec rapidité, imitant assez bien le bruit de grosses bulles de savon qui éclatent, ou d'un ballon élastique qui crève (khoho... kho... ghok). Les accès, irréguliers dans leur retour, reviennent avec plus de rapidité et plus d'intensité quand le sujet garde la position assise. La fille est exempte de vomissements, de douleur gastralgique; le tympanisme est manifeste dans l'hypochondre gauche; la défécation n'offre de difficulté qu'au moment de hoquet considérable. L'écoulement cataménial

suit une périodicité idéale et amène une aggravation de phénomènes pathologiques. Les troubles de sensibilité pharyngo laryngée sont inconnus à la malade; la voix est ordinairement rauque; une toux sèche, pénible, quinteuse, persiste depuis un an; le matin, Céline ne peut émettre un son avant d'avoir ingurgité quelque liquide chaud. Des accès de suffocation avec constriction pharyngo-laryngée se manifestent à des intérvalles irréguliers; il existe des périodes vespérales de frissons auxquelles succède une sudation nocturne surabondante; la phymie est inconnue dans la famille. Le sujet est obsédé de lipothymies et de bâillements irrésistibles; les points hystériques sagital, spinal supérieur et sous-mammaire sont permanents; des céphalalgies paroxystiques amènent des vertiges, des bourdonnements d'oreille et des vomituritions.

Examen laryngoscopique. — La bouche est remplie de salive visqueuse. Pendant l'émission du bruit, la luette s'élève et se raccourcit, les piliers se rapprochent, le pharynx se rétrécit et subit un mouvement ascensionnel.

Larynx. — I. *A l'état de repos.* — L'épiglotte physiologique permet, par sa disposition verticale, une large vue dans le larynx; les aryténoïdes, l'espace interaryténoïdien adossé à la paroi pharyngienne postérieure et les vraies cordes vocales, ne présentent pas une ombre des pathogénie. Les fausses cordes sont rouges et gonflées.

II. *Pendant la respiration.* — A l'inspiration, la glotte s'ouvre au large jusqu'à son angle antérieur et présente un espace libre triangulaire à base postérieure; la trachée, visible à ce moment porte de la congestion et de l'hyper, sécrétion muqueuse.

A l'expiration, le côté droit du larynx se rapproche de la moitié gauche parétique.

III. *Pendant l'intonation.* — Les cordes ne se rapprochent pas complètement; elle laissent entre elles un espace ellipsoïde : leur surface supérieure offre, au lieu du plan horizontal physiologique, une concavité résultant de la paralysie des crico-aryténoïdiens et des latéraux.

IV. *Pendant les accès.* — L'émission des bruits et des gaz s'accompagne des phénomènes suivants : un mouvement ascensionnel se produit dans le larynx : les deux aryténoïdes sont violemment écartées de la paroi pharyngée postérieure; l'épiglotte se rabat sur le vestibule du larynx; les cordes

vocales par une contraction spasmodique ferment brusquement l'entrée des conduits aériens; il se forme entre le larynx et le pharynx œsophagien, une ouverture circulaire, un anneau spasmodique situé au-niveau de la base des aryténoïdes; cette constriction générale subit des mouvements de détente des oscillations contractiles correspondantes à la série des sons émis; la face postérieure des aryténoïdes est animée d'un mouvement vibratoire. Une détente générale marque la fin des bruits. La face antérieure de l'épiglotte est insensible.

Diagnostic : *hypersécrétion gazeuse de l'estomac, trachéite, parésie des latéraux avec spasme du pneumogastrique chez un sujet hystérique.*

Traitement. — Inhalations de vapeurs chaudes bromurées, jointes au bromure de potassium à haute dose à l'intérieur.

Le surlendemain, les renvois existent encore; ils ont perdu en intensité et s'accompagnent d'un bruit étouffé. Le laryngoscope révèle encore les phénomènes du premier examen, dépouillés de leur brusquerie spasmodique et de la rapidité de succession.

La raucité phonique disparut, mais il persistait un degré d'aphonie et de balonnement épigastrique : l'électricité eut raison du premier phénomène, le tympanisne abdominal céda à l'électricité jointe à l'usage de l'acide chlorhydrique et de la noix vomique.

Observation V.

Hoquet rebelle et spasme pharyngo-laryngé de nature hystérique.

La demoiselle D... (Sophie), âgée de dix-neuf ans, se présente à ma consultation en décembre 1882 et me supplie de la délivrer du hoquet qui la tourmente depuis dix-sept mois. Le jour, ce phénomène pathologique ne laisse le moindre répit; il se suspend pendant le sommeil, mais revient avec une ténacité désespérante dès qu'une ombre de réveil se manifeste. La patiente fait remonter la cause de son mal aux contrariétés, aux avanies qui lui valurent ses travaux professionnels. Son moral est déprimé et l'état imposé de couturière lui inspire un profond dégout.

Le bruit émis se rattache à deux types rhythmiques.

I. — Le premier temps de l'inspiration s'accompagne de

légères vibrations de la colonne aérienne, trahies par un faible degré de tremblement sonore; un arrêt brusque et bruyant marque la fin de la période inspiratoire; l'expiration suit précipitée, annoncée par un bruit de claquement valvulaire, analogue à celui de l'inspiration qui finit, mais d'un timbremoins élevé, et d'intonation plus plaintive; le bruit expiratoire peut être unique, ou bien s'épuiser en saccades dont la sonorité et le timbre s'affaiblissent à mesure que la colonne d'air expirée diminue.

Ghee ee ee ee mouk { Khee. / Khee ee ee ee

II. — Dans le deuxième rhythme, l'inspiration de très courte durée est caractérisée par un bruit brusque, d'un timbre très sonore, de tonalité élevée, unique ou bien suivi d'une intonation tremblante, interrompue subitement par un bruit se rapprochant du premier; l'expiration est toujours prolongée et en saccades.

Klouk / Klouk gee ee ouk { Khée ee ee ee ee ee

Histoire du sujet. — Je me permets de vous la faire complète parce qu'elle est des plus intéressantes sous le rapport du cumul des manifestations hystériques.

Antécédents. — La mère succomba à la tuberculose pulmonaire; le père jouit d'une santé ravissante; la phymie est l'affection héréditaire de la famille; aucun membre ne présenta le moindre symptôme de vesanie ou d'alcoolisme; l'hystérie et l'épilepsie sont inconnues dans leur arbre généalogique.

Histoire du sujet. — Sophie fut réglée à l'âge de douze ans. Depuis sa septième année la patiente vomissait tous les aliments et boissons : l'amaigrissement marasmatique en avait fait un véritable squelette. L'écoulement catamenial marqua la fin de ces phénomènes : la veille de la première époque, la fille se vit frappée d'une attaque hystéro-éclamptique de vingt minutes, dont la détente fut marquée par des vomissements incoercibles. Le lendemain, la mère découvrant du sang menstruel prit l'évènement en bonne augure et

annonça à sa fille la guérison certaine de ses vomissements. Elle fut bon prophète; l'estomac s'est dépouillé dès lors de son irritabilité spasmodique, et accepte, en âme docile, tout ce qu'un appétit vorace daigne lui offrir.

A l'âge de treize ans, Sophie fit une chorée de quatre-vingt jours. Vers la fin d'octobre, elle fut prise à deux heures de relevée d'un hoquet rebelle, accompagné de douleurs considérables dans le dos et dans les lombes; l'inspiration présentait un bruit unique, à timbre très élevé. Le sommeil fut introuvable et à minuit le médecin lui administra une potion morphinée. De une à quatre heures vomissements opiniâtres. Le lendemain, Sophie présente des contractions chroniques de la face et des membres; des mouvements choréïques gagnent en intensité; de la Toussaint à la Noël, la fille danse sans discontinuer et n'est nullement maîtresse de ses membres supérieurs; la révolte musculaire est si prononcée qu'une nuit elle ressemble à une sauterelle. La moindre émotion, l'ouverture brusque d'une porte la fait rouler sur les dalles en proie aux contorsions choréïques. De véritables attaques éclamptiques avec période clonique et tonique marquée à la face, se manifestèrent dans le cours de l'affection, d'une durée moyenne de quinze minutes, elles se répétèrent même plusieurs fois le jour.

L'amendement de ces manifestations morbides survit une marche graduellement ascendante et la guérison s'acheva vers la fin de janvier.

Notons que la malade avait alors une sœur âgée de quatorze ans, frappée également de chorée rebelle ; chez cette dernière l'ataxie cérébrale prédominait avec délire, incohérences de langage poussées au ridicule; la manie d'imitation existait chez nos deux choréïques, un mouvement baroque, désordonné de l'une était contrefait par l'autre avec une perfection achevée; bien souvent les deux sœurs roulaient sur le parquet en contorsions chroniques les plus variées. Les commentaires allaient leur train, des mégères avaient jeté des sorts et l'eau bénite fut appelée plusieurs fois à chasser les démons des malheureux ensorcelés.

ÉTAT ACTUEL.

Système nerveux. — Les facultés intellectuelles sont bien développées chez le sujet. Le caractère impressionable au

plus haut point demande à être traité avec douceur; la moindre contrariété provoque des accès irrésistibles de sanglots; il est des moments de crises, de pleurs et de fou rire que nulle cause ne justifie. Avant l'irruption du hoquet, le sommeil était interrompu par des rêves effrayants; depuis l'état actuel, Morphée renonce à la bercer dans ses bras et le repos fugace est des plus agités. La nuit ne la vit jamais somnambule; le soir amène régulièrement des baillements prolongés. La sœur est sujette aux vertiges, au délire, aux hallucinations fantasmagoriques. L'ouïe est excellente; l'oreille est le siège de bourdonnements intermittents imitant le bruit du vent dans les feuillages, se prononçant surtout dans l'oreille gauche pendant les vomissements. L'odorat est conservé; des renvois nidoreux, sulfhydriques remontent parfois de l'estomac, altèrent le goût et créent des vomissements. Un purgatif salin triomphe de ces troubles. Le champ visuel est normal; il n'existe ni strabisme, ni tic, ni nystagnus; l'achromatopsie suit l'état hystérique; Sophie a de la tendance à voir tout en rouge et dans le choix des couleurs, elle adore le rouge et méprise le bleu. Il survient par moments des obnubilations passagères, voire même de l'amblyopie. La malade est sujette aux migraines susorbitaires accompagnées de roulement des yeux et de vomissements. L'explosion d'un état pathologique est annoncé régulièrement par une céphalalgie plus ou moins intense avec douleur dorsale très prononcée. Le hoquet qui nous occupe, avait pour signe précurseur un malaise vespéral, accompagné d'anxiété et d'appréhension de maladie prochaine. Le lendemain Sophie était pâle, tourmentée de vomituritions. Vingt-quatre heures plus tard, elle se leva avec le hoquet.

La sensibilité générale souffre sur une grande échelle :

Points hystériques. — Le point sagital est très douloureux et ne permet pas le contact du bonnet; la douleur rachialgique, interscapulaire et lombaire se réveille à la pression sur les apophyses épineuses. Le point sous-mammaire gauche est des plus vifs; il est fixe et continue et empêche l'usage du corset. Il y a trois semaines la douleur de l'épaule et du sein, paroxystique, privait le sujet de l'usage de son membre supérieur gauche. Le point du grand droit gauche revêt la forme d'élancements; les régions ovariques sont le siège de douleurs irradiées et constituent le point de départ des migrations de la boule hystérique.

L'état moral exerce une influence prépondérante sur ces hypéresthésies locales; exaspérées par les contrariétés, ces douleurs s'amendent avec l'expansion de la joie.

La différence de sensibilité entre les deux côtés du corps est peu marquée, il existerait cependant une tendance vers l'hémi-anesthésie gauche. Les pieds sont le siège de fourmillements intercurrents; le pied gauche semble plus lourd : sa sensibilité tactile est pervertie et donne la sensation subjective d'un coussin interposé entre la plante et le sol. La fille est sujette aux crampes des gastro-cnémienos. Un prurit passager parcours par intervalle les membres et le dos. La paresthésie de température n'existe en aucun point du corps; la sensibilité tactile manuelle ne subit aucune atteinte, le sens musculaire garde toute son intégrité physiologique. Les réflexes tendineux se font avec une certaine exagération, les réactions électriques sont manifestes mais très mal supportées. L'atrophie du membre supérieur gauche est frappante : le bras présente sur son congénère un raccourcissement de 5 centimètres, les deux avant-bras sont symétriques; les muscles de l'épaule sont atrophiés et leur articulation présente une ankylose complète. Existe-t-il là une simple atrophie musculaire consécutive à une lésion articulaire? A l'âge de sept ans, Sophie éprouva subitement dans le bras gauche et surtout dans la région deltoïdienne des douleurs insupportables, des élancements irradiés s'accompagnant de fourmillements dans les doigts. Sur le simple rapport verbal, le médecin consulté porta le diagnostic de rhumatisme : le mouvement possible était interdit, coupé par la douleur; celle-ci persista pendant neuf ans et présenta sa plus grande intensité vers l'insertion claviculaire antérieure du deltoïde.

La face est alternativement le siège de bouffées de chaleur et de pâleur subite : il est des moments où l'une moitié semble plus froide que l'autre. Il y a trois ans des hémorrhagies nasales se répétèrent quotidiennement vers onze heures du matin pendant sept semaines.

Appareil respiratoire. — Le système pulmonaire est exempt de phénomènes morbides; seules les crises de perversion nerveuse générale s'accompagnent de dyspnée passagère, trahissant des spasmes trachéo-bronchiques. La sœur est sujette aux hémoptysies trachéales.

Appareil circulatoire. — Des palpitations cardiaques se

manifestent chez Sophie, spécialement au moment d'humeur triste ou de désirs non satisfaits. Des accès de chaleur interne, accompagnés de sueurs abondantes, alternent avec des stades de frissons, d'horripilations générales. Le pouls, précipité, est régulier et présente une certaine résistance.

Voies digestives. — L'appétit est excellent; l'estomac, sans goûts dépravés, aime la bonne chère, ne rend jamais ce qu'on lui donne, et chasse par des éructations bruyantes et prolongées les gaz qui le distendent et le gênent. La tendance à la constipation existe dès qu'un trouble nerveux bouleverse la malade (absence de sécrétion intestinale par constriction vasculaire due à l'irritation du grand sympathique, ou bien paralysie et distension intestinale). Le tympanisme abdominal, prononcé chez la sœur, n'atteint jamais des proportions considérables.

Appareil urinaire. — La polyurie avec mictions très fréquentes, s'accompagne de fausses alertes, de ténesme que l'ingurgitation d'un verre d'eau fait cesser immédiatement en provoquant l'écoulement de l'urine.

Appareil génital. — La menstruation, capricieuse est irrégulière dans son retour, offre des pertes de sang de six jours, crée des coliques très vives, cause une exacerbation douloureuse des points hystériques et est suivie de leucorrhée.

L'excitation génésique est nulle; notre sujet a peur des hommes.

Phénomènes des premières voies. — *Bouche.* — *Pharynx.* — *Larynx.* — *Œsophage.* — Le ptyalisme est prononcé. La langue est animée de mouvements choréiques continus : dès que la bouche s'ouvre, la langue se bombe et est parcourue de vibrations vermiculaires dans le sens transversal. Sophie accuse un point douloureux ulcératif au frein de la langue; une inspection minutieuse ne révèle pas une ombre de lésion pathologique. A l'inspiration, la base de la langue est fortement abaissée et l'organe se creuse : à l'expiration, la langue se soulève et s'aplatit. La base de la langue et l'angle glosso-épiglottique sont le siège d'hyperesthésie douloureuse.

A l'inspiration, la luette se raccourcit et s'élargit; le voile se tend, les piliers se rapprochent; l'expiration s'accompagne spécialement de l'élévation de la luette et du voile; les piliers postérieurs, surtout le droit, ferment l'accès du pharynx nasal. La sensibilité du voile est exagérée.

Le pharynx subit, dès l'expiration, un mouvement de descente légère suivi d'élévation verticale et de rétrécissement spasmodique transversal; l'organe est rouge et présente des phénomènes de paresthésie. Le sujet accuse de la sécheresse, malgré une sécrétion abondante; depuis un mois, Sophie est tourmentée de chatouillements dans la gorge : l'ingestion d'aliments chauds provoque parfois des douleurs intolérables, irradiées dans la nuque et le dos; une gorgée d'eau froide, l'homœopathe de la malade, élimine instantanément ce symptôme.

La sensation de la boule hystérique est un fait prédominant dans l'histoire de la maladie actuelle. Depuis nombre d'années, sous une cause morale déprimante, une boule remonte de l'hypogastre à la gorge, y fait naître la sensation d'un corps étranger siégeant aux premiers cartilages de la trachée; la déglutition d'une gorgée d'eau froide a raison du resserrement. La constriction gutturale d'aujourd'hui est rémittente, s'exaspère par la tristesse et le dessèchement de la gorge; son exacerbation élève le timbre du hoquet. Avant l'état actuel, il arrivait à Sophie d'avaler de travers avec menace de suffocation, toux et rejet de matières par le nez; depuis les manifestations du hoquet, la déglutition est toujours excellente, bien qu'elle semble subdivisée en plusieurs petits mouvements partiels.

Larynx. — Depuis deux ans, la fille fut atteinte à diverses reprises d'une toux rauque, stridente, avec aboiements insupportables : ces phénomènes persistaient en moyenne sept à huit semaines. La sœur porte depuis dix mois un coryza et une toux sèche d'un timbre des plus énervants. L'aphonie est inconnue du sujet.

Le larynx offre deux points douloureux : le premier est situé au bord supérieur du cartilage thyroïde, près de la grande corne droite; le second est situé plus profondément au niveau du cartilage aryténoïde droit, entre ce dernier, la colonne vertébrale et le paquet vasculaire et nerveux.

Examen laryngoscopique. — Dès qu'on tire la langue pour l'application du miroir, un flot de salive s'accumule dans la bouche; le miroir éveille une sensibilité douloureuse par son contact avec la luette, et amène la suspension immédiate, mais momentanée du hoquet. L'inspection du larynx, pratiquée en ce moment et pendant les mouvements de respiration

profonde, nous montre une épiglotte physiologique dans sa conformation, sa position et sa coloration; les aryténoïdes et l'espace inter-aryténoïdien sont congestionnés; les processus vocalis et les vraies cordes présentent une teinte rosée; l'injection vasculaire est manifeste dans le canal trachéen.

En dehors du hoquet, le larynx reste largement ouvert et garde son immobilité; pendant la phonation (a, e, i), le rapprochement des cordes ne laisse rien à désirer; au bout de quelques instants, une contraction spasmodique parcourt le larynx : le hoquet est là.

Phénomènes de l'inspiration. — L'épiglotte se rabat légèrement sur le larynx; dès que l'air inspiré passe une seconde à travers la glotte inter-cartilagineuse ou respiratoire, un spasme ferme complètement son ouverture; les cordes se rapprochent brusquement si le spasme est unique et violent, ou bien elles sont animées de secousses vibratoires multiples pour arriver en dernier lieu à une juxtaposition plus ou moins complète; l'aryténoïde droite est régulièrement projetée au devant de la gauche; le spasme semble naître en dessous de la région glottique; il se produit dans la trachée, sous la base des aryténoïdes, une constriction circulaire qui envahit en un clin d'œil les vraies et fausses cordes vocales; ce spasme correspond au dégagement brusque des aryténoïdes de la paroi pharyngée postérieure, ainsi qu'à l'apparition d'un anneau spasmodique à l'union du pharynx et de l'œsophage.

Phénomènes expiratoires. — L'expiration suit brusquement la phase inspiratoire; l'épiglotte se relève perpendiculairement, le larynx subit en totalité un léger mouvement ascensionnel; la glotte s'ouvre, la colonne d'air emprisonnée s'échappe d'un trait ou en saccades, suivant le décollement unique des cordes, ou leur relâchement spasmodique ondulé. Les fausses cordes participent également aux contractions vibratoires énoncées.

Il n'existe aucun intervalle libre entre les mouvements respiratoires.

A l'extérieur, le spasme inspiratoire entraîne la formation d'une saillie de toute la région sus-hyoïdienne: le côté droit présente un pli plus manifeste, une saillie prononcée du peaucier. L'expiration est précédée d'un mouvement d'abaissement du larynx d'environ un centimètre.

Sensibilité du larynx. — L'épiglotte est très sensible. Son

attouchement provoque la douleur, mais n'entraîne aucun phénomène réflexe. La sonde laryngienne reste sur les vraies cordes vocales et dans leur interstice sans créer un phénomène reflexe : le moindre contact des processus vocalis et de la région aryténoïdienne est suivi de toux avec augmentation des spasmes et interversion des bruits.

Pendant le hoquet, la région épigastrique est le siège de tiraillements des plus douloureux.

Causes influençant l'intensité du spasme. — Nous avons vu que toute cause psychiqne déprimante augmente le spasme.

Circonstances antispasmodiques :

1. — Il suffit au sujet d'ouvrir une large bouche, et de tirer la langue pour éliminer momentanément son hoquet.

2. — L'application du miroir sur la luette constitue aussi un palliatif passager.

3. — Une respiration profonde, rhythmique, calme le spasme pendant plusieurs minutes. La volonté inébranlable de l'examinateur n'est pas étrangère à la suspension du phénomène.

4. — L'ingestion d'aliments et de boissons chasse les bruits pendant tout le temps de sa durée; qu'elle cesse, et le hoquet est là.

Le sujet éprouve immédiatement un grand vide d'estomac; deux heures après un dîner copieux elle a une faim dévorante.

5. — Une inspiration de nitrite d'amyle congestionne la tête et n'amène aucun soulagement.

6. — L'électrisation faradique latérale du larynx, avec un courant descendant stabile, ne produit aucun effet; le même courant stabile arrête les spasmes pour plusieurs secondes; une reprise de hoquet se déclare pendant l'application même de l'électricité.

7. — Un badigeonnage intra-laryngé avec une solution de morphine au dixième ne provoque aucun amendement.

8. — La compression latérale du larynx, simulant un écrasement transversal de la partie supérieure du cartilage thyroïde, entrave d'abord, arrête ensuite le hoquet.

Pendant cette dernière expérience, un phénomène curieux se produit; les paupières se ferment; la malade souriante dit d'une voix qui s'éteint : Ah ! je sens que la boule est là! La respiration devient calme et Sophie s'endort. Dès que la compression est levée, le réveil se fait et le hoquet revient sans merci.

Le même phénomène d'hypnotisme se présente quand on comprime méthodiquement le point douloureux correspondant au ganglion sympathique cervical, situé au niveau de la grande corne de l'os hyoïde.

9. — La faradisation du grand sympathique, le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien, avec un courant descendant, suspend le hoquet pendant cinq minutes et ralentit dans la suite son rhythme.

10. — Le hoquet s'arrête encore par la compression du pli de la peau qui se forme dans la région sus-hyoïdienne droite pendant la manifestation des bruits.

11. — Une sonde œsophagienne élimine le hoquet pendant le temps de son application.

Nous n'avons pu trouver de point hystérique qui eût quelque influence sur la genèse ou la suspension des symptômes morbides.

L'auscultation du cou révèle parfaitement tous les bruits : l'oreille, appliquée sur la nuque, reçoit les meilleures perceptions le long du bord gauche de la colonne vertébrale, jusqu'aux divisions de la trachée. Le bruit expiratoire y offre une intensité prépondérante. Le premier bruit se déniche le mieux vers les anneaux trachéens-supérieurs.

A la paroi antérieure du thorax, le bruit s'entend par toutes les divisions de l'arbre aérien, en diminuant d'intensité à mesure qu'on s'éloigne du tronc principal.

Cet examen expérimental dura du 19 au 24 décembre.

Traitement. — Pendant les cinq jours d'essai, la demoiselle prit 25 grammes d'acide bromhydrique anglais.

Du 24 au 26 on administra :

Eau de tilleul.	120 grammes.
Eau de laurier cerise. . .	15 —
Bromure de potassium. .	15 —
Sirop d'éther.	} ââ 30 grammes.
Sirop de morphine. . . .	

Le 26, le hoquet semble ralenti : le sommeil fut calme, la rougeur pharyngo-laryngée diminue. La malade fait chez moi une inhalation de vapeurs chaudes et calmantes (30 gr. d'eau pour 1 gr. de bromure). Le hoquet se suspend pendant toute la durée de la vaporisation, il reprend immédiatement avec dédoublement du premier bruit.

Je prescris pour 2 jours la potion suivante :

Eau de tilleul	120 grammes.	
Eau de laurier cerise. . .	15 —	
Bromure de potasium . .	25 —	
Sirop d'éther.	}	àà 45 grammes.
Sirop de morphine	}	

Le 28, le hoquet est devenu intermittent; le timbre a baissé considérablement; le ralentissement dans l'émission des bruits se prononce de plus en plus; les mouvements respiratoires profonds éliminent entièrement le hoquet.

La médication est continuée aux mêmes doses. Le sujet s'efforcera d'exécuter des mouvements respiratoires profonds.

Le 29, l'amélioration s'accentue davantage. La fille accuse du vertige, de la somnolence et de la difficulté de la marche; l'appétit est excellent. La dose quotidienne de 10 à 12 gr. de bromure est maintenue pendant deux jours. Du 1er au 4 janvier, la quantité journalière est réduite graduellement à 6 grammes.

Le 4 janvier, le hoquet est rarissime; il persiste une sensation de corps étranger dans la gorge; la parole est lente et difficile; la marche est titubante; la malade accuse des douleurs dans la tête, le dos, l'épigastre et les membres inférieurs. Un état nauséeux se manifeste; la soif est prononcée, la constipation s'établit. La gorge est sèche, le voile, les piliers et l'angle glosso-épiglottique sont insensibles; le larynx a perdu sa coloration congestionnée; les aryténoïdes seules portent une teinte rougeâtre. Les cordes parétiques se rapprochent avec difficulté pendant l'intonation.

Malgré les phénomènes de saturation, je prescris encore 3 grammes de bromure par jour, jusqu'à cessation absolue du hoquet.

Le 8 janvier, le hoquet se déclare encore deux, trois fois par jour, et se limite à l'émission d'un simple bruit unique. La malade porte un acné bromique, répand une mauvaise odeur buccale, accuse un goût bizarre dans la bouche, un affaiblissement de la vue, une gêne de déglutition, des envies de vomir. Sophie est prise depuis deux jours d'accès de toux grasse et éprouve, au niveau de l'os hyoïde, la sensation d'un corps étranger qu'elle ne parvient pas à expectorer.

L'inspection laryngoscopique nous révèle une longueur des

cordes vocales et déniche un gros bouchon de mucus desséché situé sur la paroi antérieure de la trachée, dans l'angle formé par le cartilage thyroïde et les insertions antérieures des cordes vocales.

Traitement. — Inhalations de vapeurs chaudes et 5 gr. d'acide bromhydrique anglais.

Le 15 janvier, la guérison est complète. Le sujet diminuera insensiblement les doses d'acide bromhydrique anglais.

Je revis la malade au mois d'avril; les phénomènes d'intoxication avaient disparu petit à petit; la guérison était radicale et durable. L'empoisonnement bromhydrique a doté cette hystérique d'une santé florissante exempte, depuis cette époque, de tout nervosisme.

Conclusions théoriques.

Le hoquet résulte d'une irritation directe ou reflexe du nerf spinal, et se traduit par un spasme de tous les muscles innervés par ce nerf lui-même où ses anastomoses. La contraction clonique porte spécialement sur les muscles pharyngo-laryngés, innervés par le pneumogastrique, qui reçoit ses filets moteurs du spinal, et sur le diaphragme animé par le nerf phrénique, branche du plexus cervical qui se trouve anastomosé directement avec l'accessoire de Willis. Le spasme du premier groupe musculaire engendre le bruit : celui du diaphragme provoque la gêne du creux épigastrique : le phénomène laryngé ne manque jamais : la contraction diaphragmatique peut n'être que très modérée : le pneumogastrique moteur c'est le spinal lui-même; le nerf phrénique n'a qu'un degré de parenté avec la onzième paire.

L'action du spinal nous explique exactement toutes les contractions musculaires synergiques qui se produisent pendant le hoquet.

I. Le spasme du sterno-cléïdo-mastoïdien et du trapèze provoque le renversement de la tête en arrière et le mouvement d'élévation de la partie supérieure du thorax.

II. Symptômes créés par l'action du pneumogastrique :

1° Les rameaux pharyngiens animent les constricteurs du pharynx et créent l'élévation du larynx;

2° Le nerf laryngé supérieur, par son irritation contractile, abaisse l'épiglotte et tend les cordes vocales; l'action du muscle crico-thyroïdien nous explique pourquoi le bruit du hoquet est toujours aigu et d'autant plus élevé que le phénomène gagne en intensité;

La fermeture brusque du larynx ne peut cependant être tout à fait étrangère à la hauteur du ton émis;

3° Le nerf récurrent, moteur par excellence, anime les constricteurs du larynx, *et en même temps leurs antagonistes, les dilatateurs de la glotte*. La glotte se ferme cependant sous l'excitation du récurrent, parce que la raison du plus fort est toujours la meilleure. La singulière et heureuse coïncidence de l'innervation des antagonistes par un seul et même nerf doit sauver de l'asphyxie des sujets atteints de spasme du larynx;

4° Le pneumogastrique innerve la trachée et les bronches. Cette circonstance nous expliquerait la possibilité de la formation d'un deuxième bruit, bruit de relâchement (hocquée). Le premier est dû au spasme des nerfs laryngés; l'air emprisonné, comprimé dans la trachée et les bronches pendant le premier temps, s'échappe avec violence dès la moindre détente des cordes vocales;

5° La dixième paire se distribue à l'œsophage et à l'estomac. Pendant le hoquet ces deux organes sont animés de mouvements spasmodiques et les gaz peuvent remonter par les contractions anti-péristaltiques de l'œsophage.

6° Le pneumogastrique arrête les mouvements du cœur : les impulsions cloniques du nez nous fournissent la genèse des palpitations cardiaques;

III. — Le spinal et le pneumogastrique envoient des anastomoses multiples au plexus cervical qui donne naissance au nerf phénique. La contraction du diaphragme entraîne une constriction en ceinture à l'hypogastre : le diaphragme est un muscle uniquement *inspiratoire*; aussi le hoquet est-il essentiellement constitué par un spasme inspiratoire.

IV. — Les anastomoses du pneumogastrique et du spinal avec le glosso-pharyngien et le grand hypoglosse nous expliquent les mouvements du voile du palais, l'ouverture de la trompe d'Eustache avec le contre coup

que l'on ressent parfaitement dans les oreilles; les mouvements de la langue, les saillies et les excavations qui se produisent dans la région sus-hyoïdienne.

Conclusions pratiques sur l'étiologie et le traitement.

Causes. — La cause unique du hoquet, est l'irritation centrifuge au nerf spinal l'impulsion contractive descend directement des centres nerveux (hoquet et spasmes hystériques, etc.), ou bien naît à la périphérie du corps et se produit d'une manière réflexe. Le champ de génèse réflexe idéal doit se trouver naturellement dans le domaine des nerfs sensitifs qui accompagnent les fibres motrices du spinal; nous y rencontrons le pharynx, le larynx, la trachée, tout l'arbre respiratoire, l'œsophage et l'estomac (pneumogastrique); ensuite la bouche et les piliers (glosso-pharyngien) et le diaphragme lui-même (nerf phénique); toute manifestation antiphysiologique de ces divers organes peut engendrer le hoquet.

Les émotions vives, la frayeur, l'action du froid sur la peau, etc., peuvent créer une irritation centripède qui se réfléchit sur le spinal et provoque le hoquet.

Il est donc absurde de prendre de prime abord et invariablement l'estomac et le diaphragme comme générateur du phénomène pathologique qui nous occupe. Avant d'instituer un traitement il faut passer en revue tout l'arbre respiratoire, y compris le nez, et les voies digestives dans toute leur étendue.

Chez les personnes sub-hystériques, une étude minutieuse sera faite des circonstances extérieures, qui ont une influence prépondérante sur les ébranlements du système nerveux.

1. — *Thérapeutique.* — Est-il rationnel de retenir l'air emprisonné dans les voies respiratoires en fermant la bouche et le nez?

Si nous songeons que le hoquet se caractérise surtout par un spasme du pharyngo-larynx (voies respiratoires) et du diaphragme (muscle essentiellement inspiratoire), l'inaction forcée ou la contraction contre carrée de ces muscles doit éliminer le hoquet dans les cas de spasme simple de ces éléments musculaires.

2. — L'introduction de la sonde œsophagienne, l'action

de boire à longs traits continus, peut arrêter ou convertir une contraction irrégulière des muscles du pharynx, de l'œsophage et du larynx.

3. — La compression épigastrique, énergique et prolongée, offre un moyen mécanique rationnel pour éliminer le spasme du diaphragme. Les mouvements respiratoires se font sans ampleur; le hoquet est le résultat d'une action musculaire synergique; l'entrave mise au fonctionnement d'un seul muscle respiratoire provoque la rupture d'un anneau de la chaîne de contraction clonique, le bouleversement du rhythme des bruits, voire même l'écroulement du hoquet.

4. — Les antispasmodiques par toutes les voies sont indiqués dans les spasmes idiopathiques (éther, chloroforme, morphine, bromure de potassium, etc.).

5. — L'électrisation du diaphragme et du nerf phrénique constitue un moyen homœopathique qui réussit à l'occasion. Le traitement *similia similibus* trouve ici une application précieuse : une frayeur subite causée soit par l'application inopinée du chaud ou du froid à la nuque, soit par la chute d'un objet, soit par une nouvelle à sensation, soit par un cri inconsidéré, etc., etc., chasse des hoquets qu'elle crée dans d'autres circonstances.

6. — Le jaborandi est précieux dans les refroidissements, les spasmes, dus au catarrhe débutant du nez, du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches, de la pneumonie, la pleurésie, etc. Ce médicament constitue un révulsif puissant qui rappelle des fonctions supprimées par la cause morbigène.

7. — Les inhalations chaudes, les révulsifs locaux, les antiphlogistiques institués rationnellement et appropriés aux organes malades, apportent la guérison des hoquets de nature inflammatoire.

Je me rappelle ces mots de mon maître vénéré, le professeur Cranin :

« Gardez-vous d'attribuer tout hoquet à une affection » spasmodique du diaphragme. Songez aux maladies de » nature inflammatoire, surtout de *tous* les viscères, qui » sont en contact avec le diaphragme. Il m'arriva souvent » de guérir par quelques sangsues des hoquets qui » avaient résisté à toutes les drogues antispasmodiques. »

8. — L'air comprimé, le régime, l'usage des matières qui favorisent la digestion, remplacent et soulagent le fonctionnement des poumons et de l'estomac, dont l'inaction engendre le hoquet.

9. — L'ablation, l'extraction ou la destruction des corps étrangers résidant dans les vois digestives et respiratoires, sera pratiquée dans les circonstances occasionnelles.

Fracture probable des osselets de l'ouïe par violence indirecte;

par le Dr E. J. Moure (1).

Si les lésionstrau matiques de la caisse, par causes indirectes, sont relativement assez, fréquentes et si les fractures du rocher intéressent très-souvent la caisse du tympan et la chaîne des osselets, ces dernières lésions n'ont évidemment, en général, qu'une importance médiocre eu égard à la gravité des premières ; de telle sorte que bien souvent la lésion de l'oreille moyenne qui est en somme secondaire passe à peu près inaperçue. Beaucoup plus rarement, je crois, on a observé une fracture, ou tout au moins une disjonction des osselets de l'ouïe, sans fracture appréciable du rocher. Aussi est-ce à ce titre que j'ai cru intéressant de rapporter en détail l'observation d'un malade que j'ai eu l'occasion d'examiner avec deux des plus distingués confrères de notre ville MM. les Professeurs Pitres et Vergely, et au sujet duquel nous avons du reste rédigé un rapport médico-légal qui contient l'historique de la maladie et les résultats de nos examens successifs.

Observation.

Le nommé X... ayant été envoyé en vigie le 20 juin 1881, fut chargé de pousser des wagons. Il s'acquitta de cette manœuvre en appuyant l'épaule gauche contre le tampon d'un wagon. En exécutant ce mouvement, il reçut un double coup, l'un à la région pariétale droite et l'autre à la région mastoïdienne gauche.

Il perdit connaissance sur le champ, une assez grande

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 19 octobre 1883.

quantité de sang s'écoula aussitôt des deux oreilles, *surtout de la droite;* un médecin appelé crut à une fracture du crâne et déclara que la vie du blessé courait les plus grands dangers. Grâce à sa robuste constitution et après un temps assez long, M. X... se rétablit, mais il était devenu sourd.

Au moment où le malade se présente à notre examen, il a l'air apathique, presque hébété, sa démarche est mal assurée, mais son état général paraît être encore assez bon, quoiqu'il ait, dit-on, considérablement maigri depuis l'accident.

En l'examinant de plus près il est facile de constater qu'il existe une asymétrie bien nette du visage : les traits du côté droit sont affaissés, les sillons moins marqués, la paupière moins relevée, la pointe de la langue légèrement déviée vers la droite.

La mobilité de tous les muscles est affaiblie et d'une manière générale la force musculaire est notablement diminuée.

M. X... ne peut plus aujourd'hui faire une course un peu longue sans être obligé de s'arrêter plusieurs fois et sans éprouver une fatigue considérable.

La sensibilité générale est amoindrie et l'hyperesthésie est surtout bien accusée du côté droit de la face.

Depuis le jour de l'accident le malade est devenu indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, rien ne l'intéresse, il n'a aucun désir, ne se préoccupe de rien et reste facilement inactif et comme plongé dans une sorte de torpeur. L'intelligence est nette, mais il existe chez lui un ralentissement de toutes les fonctions intellectuelles. La mémoire est assez bien conservée, l'appétit est médiocre, les fonctions digestives s'accomplissent d'une manière normale. Le cœur et les poumons n'offrent rien de particulier digne d'être signalé. La vue est parfaitement nette, les deux pupilles sont égales et se contractent sous l'influence de la lumière. Le sens de l'odorat est également intact.

Quant à l'organe de l'ouïe, bien que le malade ne soit pas absolument sourd, il existe cependant un degré de surdité assez prononcé, surtout du côté droit, et l'on est obligé pour se faire comprendre de parler très fort et très près de l'oreille au malade. A gauche toutefois l'audition est bien moins compromise, mais l'on doit parler à voix haute pour se faire comprendre.

L'examen de cet organe nous fournit les données suivantes :

La perception crânienne à la montre est nulle dans tout le côté droit, sauf au niveau de la région temporale, où elle existe encore un peu; du côté gauche la transmission par voie osseuse est également nulle aux régions frontale, fronto-pariétale et mastoïdienne, mais elle existe au niveau des régions temporale, temporo-pariétale.

Le diapason (la^3 ou ut^2) placé sur le vertex est beaucoup mieux entendu du côté gauche, même en fermant l'oreille droite; bien, plus il est à peine perçu du côté droit.

La montre ordinaire placée au-devant des méats auditifs n'est pas entendue du côté droit, mais le tic tac est perçu à 2 ou 3 centimètres du côté gauche.

Enfin le malade éprouve des bourdonnements continuels (bruit de vapeur, sifflements, coups de marteau), qui augmentent par intervalle; sa marche est indécise, mal assurée quand il ferme les yeux ; et souvent même il éprouve des vertiges assez violents qui ne vont pas toutefois jusqu'à entraîner la perte de la connaissance et ne sont accompagnés d'aucun trouble gastrique ni de l'augmentation des bourdonnements.

A l'examen des oreilles nous constatons :

Du côté droit, le conduit auditif est sain et ne porte aucune trace de cicatrice, mais la membrane du tympan est fortement déprimée vers la caisse, à laquelle elle est à peu près accolée en arrière; sa coloration est normale dans sa moitié antérieure; le triangle lumineux, dont il n'existe plus que le sommet, est dévié et se dirige vers la partie antéro-supérieure de la caisse ; le manche du marteau a sa coloration normale, mais il est également dévié. En arrière et parallèlement à cet osselet existe une cicatrice linéaire venant se terminer à la hauteur de l'apophyse externe du marteau, cicatrice qui est évidemment le point où s'est faite la déchirure du tympan lors de l'accident. Au niveau de la partie postéro-supérieure du tympan, à peu près vers l'union du marteau et de l'enclume, existe une congestion notable et un épaississement, ou plutôt une sorte de saillie osseuse d'un gris jaunâtre, qui semble indiquer une soudure de ces deux osselets par suite d'une fracture ou d'une véritable dislocation de cette partie de la chaîne au moment de l'accident.

Au spéculum de Siègle le tympan est à peine mobile au niveau de sa partie antéro-inférieure.

Du côté gauche le tympan est un peu terne, dépoli et un peu épaissi, mais il n'existe aucune cicatrice.

Réflexions. — En résumé, si l'on ne peut affirmer l'existence d'une fracture du crâne, il est probable que l'accident a déterminé, en dehors de la rupture du tympan et de l'hémorrhagie qui en a été la conséquence, rupture dont il existe une cicatrice des plus nette, l'accident, dis-je, a déterminé un tiraillement et très probablement une fracture des osselets de l'ouïe, compliquée évidemment d'une lésion traumatique des organes contenus dans l'oreille interne.

Ainsi s'expliquent, à mon avis, et la présence de cette tubérosité osseuse, véritable cal situé au niveau de la partie supérieure du manche du marteau, la surdité, les vertiges et les bruits subjectifs qui tourmentent le malade.

Bien que cette observation n'offre pas toute la rigueur scientifique désirable que pourrait seul donner l'examen nécroscopique de la région, elle m'a paru cependant assez digne d'intérêt pour mériter de vous être communiquée.

L'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro l'article de M. le Dr BARATOUX sur la *Syphilis de l'oreille*.

REVUE DE LA PRESSE

Communication préalable sur les résultats de l'examen de l'ouïe de 4,500 écoliers; par le Dr WEIL (Stuttgart). — Il s'agit de 4,500 enfants, garçons et filles, de l'âge de 7 à 14 ans :

1° L'oreille normale entend la voix sourde d'intensité moyenne à 20 ou 25 m.;

2° Les troubles de l'ouïe sont énormément fréquents. Jusqu'à 30 p. 100 d'enfants d'école primaire n'entendent qu'insuffisamment d'une ou de deux oreilles ; plus grand était le nombre de ceux qui n'entendaient que d'une manière anormale ;

3° Les enfants de familles aisées donnent des meilleurs résultats que ceux de familles pauvres ; c'est ainsi que je n'ai

trouvé par exemple dans le « Catharinenstrift » (pensionnat de jeunes filles), pas plus de 10 p. 100;

4° Les proportions (en pour cent) des troubles de l'ouïe augmentent avec l'âge;

5° Les écoles de campagne (si je puis faire une conclusion d'après les enfants de Degerloch) donnent des résultats relativement favorables.

Quant à l'examen particulier de chaque oreille, j'ai trouvé par exemple :

Perforation du tympan avec otorrhée, chez 2 p. 100.

Bouchons de cérumen ou commencement de bouchon (bien entendu quand un segment assez grand du tympan en était couvert), dans 13 p. 100 à peu près; si ce n'était que le repli postérieur, dans 5 p. 100.

La plupart n'avaient jamais subi de traitement; beaucoup ne se doutaient pas de leur infirmité. Un bon nombre d'entre eux étaient considérés comme inattentifs et traités en conséquence. Ce qui prouve l'exactitude de la remarque que j'ai faite dans le *Monatsschr. f. Ohrenh.* 1880, n° 12 :

« Que chaque enfant inattentif devrait subir un examen de l'ouïe. »

Il est évident que beaucoup d'enfants qui ont l'air distrait présentent des troubles de l'ouïe plus ou moins grands. (*Monatsschr. f. Ohrenh*, 1881, n° 8.)

L. Bayer.

De la oomplication de la diphtérie par inflammation de la glande thyroïde; par le professeur Brieger, Berlin. — Cette complication n'était pas encore connue jusqu'à ce jour; aussi la communication de deux cas observés par l'auteur à la clinique de l'Université est-elle d'autant plus intéressante. L'un des cas, où la complication était survenue le troisième jour de la maladie, finissait vingt jours après par un abcès qui fut incisé. Dans l'autre cas, l'inflammation fut combattue à l'origine par une antiphlogose énergique et par l'application de sangsues.

Dans les deux cas, la thyroïdite se termina plus vite que la diphtérie locale. Admettons avec l'auteur que le même microbe fut la cause directe et de la thyroïdite et du processus diphtéritique. (*Charité-Annaler VIII. Jahrg.*, 1883 et *Allg. med. Central. Ztg.* n° 67, 1883.) L. Bayer.

Contribution à l'étude des lésions du nerf vague; par R. Riedel. — Voulant faire la ligature de la veine jugulaire commune à l'occasion de l'extirpation d'un goître ayant atteint le volume des deux poings et comprenant surtout le lobe gauche, chez un ouvrier de 49 ans; il fut nécessaire de diviser le nerf vague, très mince du reste, et, se trouvant par anomalie à 2 centimètres de la carotide, on avait réséqué 15 centimètres du nerf. Douze jours plus tard, alors que la cicatrisation de la plaie avait suivi une marche normale, survint un violent frisson se répétant le lendemain matin, et le malade, qui n'avait expectoré que quelques crachats muco-purulents, mourut sans signe de dyspnée le quatorzième jour.

A l'autopsie, on trouva dans la plaie, autrement saine, à la place de la ligature de la veine jugulaire, un caillot en voie de dissolution, mais pas de thrombose ni dans la veine même, ni dans ses ramifications cérébrales, ni ailleurs. Le ventricule gauche de Morgagni, était moins bas que le droit, les muscles de la corde vocale gauche en voie de dégénérescence graisseuse; on constatait en outre une bronchite purulente diffuse, sans œdème et sans abondance de sang. Le parenchyme pulmonaire était sain, le poumon droit était œdémateux, gorgé de sang, sans trace de bronchite. Vu la rareté relative des bronchites unilatérales, l'auteur croit qu'il s'agissait ici d'une altération des bronches où le nerf vague, comprimé d'abord par la tumeur et divisé ensuite, aurait joué un certain rôle; opinion quelque peu contradictoire à celle admise par bien des praticiens, à savoir que la division unilatérale du nerf sain et n'ayant subi aucune transformation à la suite d'une tumeur, n'est point regardée comme accident grave. (*Berlin Klin. Wochenschr.*, n° 23, 1883, et *Centralbl. für med Wissensch.*, n° 41, 1883.) L. Bayer.

Trouble de la déglutition due à une paralysie du recurrent gauche; par K. Déhio. — La malade, âgée de 54, ans eut deux semaines avant son entrée à l'hôpital un fort refroidissement. Au moment où elle se présentait elle était peu fièvreuse, sa respiration était accélérée, les extrémités du nez et des lèvres cyanosées; la toux, paroxystique, offrait cette particularité qu'elle ne commençait pas par une fermeture de la glotte, où elle était plutôt bruyante par suite de dépense exagérée d'air, de sorte que la malade se trouvait après chaque accès

hors haleine ; la voix était monotone. Au laryngoscope, l'épiglotte apparaît droite, relevée, presque immobile, le côté droit seulement s'abaisse légèrement pendant les efforts de phonation et de déglutition. Le ligament ary-épiglottique droit au moment de la phonation vient se placer en ligne droite ; à gauche au contraire existaient les signes caractéristiques de la paralysie complète du récurrent.

L'intérêt clinique du cas, qui s'améliorait par la faradisation et les injections de strychnine, consiste dans l'association de la paralysie du récurrent avec le trouble concomitant de l'acte de déglutition. Les cas décrits par Gerhardt, Turck et Ziemssen, causés par la diphtérie, la paralysie bulbaire et autres affections de centres cérébraux, se rapportent tous à une paralysie locale musculaire, ou à une affection simultanée du laryngé supérieur, et dans ces cas la déglutition de travers s'expliquait par la paralysie des muscles ary-épiglottiques. Dans le cas présent, pour expliquer le trouble apporté à la déglutition, l'auteur admet que le récurrent gauche innervait le muscle ary-épiglottique du côté opposé. (*St Pétersburg. med. Wochenschr*, n° 22, 1883, et *Centralbl für Nervenheilk u Psychiatrie*, n° 17, 1883.) L. Bayer.

De l'importance des hémorrhagies de l'oreille; par le Dr Hedinger, de Stuttgart. — Ce n'est pas la quantité du sang écoulé qui peut nous renseigner sur la gravité et le siège de la lésion. Avant de poser un pronostic le médecin doit, par tous les moyens qui sont en sa puissance, rechercher le siège de la lésion. En général le pronostic sera favorable lorsque l'hémorrhagie aura lieu dans le conduit externe et qu'aucun symptôme de méningite ne se montrera ; de même s'il s'agit d'une déchirure du tympan, sans autre lésion.

Les petites hémorrhagies et les extravasations dans le tympan ne sont point des signes certains de lésions légères, de même que de fortes hémorrhagies n'indiquent pas toujours des lésions graves ; et ni les unes ni les autres ne sont le symptôme constant d'une fracture de la base du crâne.

Il faut toujours tenir compte : 1° des symptômes objectifs ; la perception du son par les os du crâne, si elle manque, est de mauvais augure ; 2° des symptômes subjectifs : un trouble dans l'équilibre et des bourdonnements révèlent que le laby-

rinthe est intéressé. Si les symptômes n'ont pas disparu au bout de trois mois, l'ouïe est définitivement perdue.

S'il y a, en dehors de ces symptômes, perte de connaissance et vomissements, le diagnostic de fracture de la base du crâne est certain. (*Allg. Wien. Med. Zeit.*, nº 39, 1883.)

GORIS.

Cas d'inflammation hémorrhagique du labyrinthe chez un enfant, par LUCAS (*Archiv. für pathol. Anat.* L. XXX, VIII, 1883). — Au cours d'une méningite cérébro-spinale légère chez un enfant de trois ans et demi jusque là en parfaite santé, survint une surdité absolue le onzième jour de la maladie, alors qu'il était déjà en pleine convalescence.

Quatre semaines après, il eut plusieurs accès de fièvre, des vomissements, la tête fut rejetée en arrière et l'enfant devint complètement insensible. Il eut aussi du strabisme et la mort survint avec tous les symptômes ordinaires de la méningite.

A l'autopsie, peu de tubercules sur les deux rochers (dans la région des canaux demi-circulaires antérieur et postérieur), le vestibule et le canal demi-circulaire supérieur et postérieur sont remplis de sang coagulé. Le canal demi-circulaire horizontal et le limaçon contenaient moins de sang ; la membrane de Corti était fort épaissie des deux côtés et les vaisseaux de la lame-spirale gonflés de sang. En outre, on trouva des globules du pus.

Il ne s'agit donc pas seulement d'une hémorrhagie du labyrinthe comme les comprend Ménière, mais d'une inflammation hémorrhagique se faisant par l'intermédiaire d'un prolongement que la dure-mère envoie dans le rocher et qui doit être certainement considéré comme le substratum des vaisseaux nutritifs du rocher. (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1883.)

Abcès rétro-pharyngien ; clinique interne du professeur NOTHNAGEL. — Le patient, âgé de vingt ans, présente l'habitus des phtisiques, il se plaint de douleurs lancinantes au niveau de la gorge. L'examen laryngoscopique écarte la possibilité d'un ulcère tuberculeux du larynx et de l'épiglotte ; la voix d'ailleurs est normale ; un peu de stomatite granuleuse existe sur le voile du palais. La paroi postérieure du

pharynx est rouge. Le doigt ne perçoit aucune fluctuation; pourtant l'affection ne peut provenir des vertèbres cervicales qui sont insensibles à la pression. Un abcès en voie de formation est diagnostiqué dans le tissu conjonctif lâche siégeant entre le pharynx et la colonne vertébrale.

L'abcès rétro-pharyngien se montre le plus souvent chez les enfants présentant soit une adénite suppurée, soit une constitution scrofuleuse; une troisième catégorie comprend les abcès métastatiques. L'abcès provenant de carie tuberculeuse des vertèbres cervicales demande plusieurs mois pour se former. Les symptômes de l'abcès rétro-pharyngien sont : la difficulté à déglutir, de la douleur à la gorge, et la présence d'une tumeur diffuse visible pour la plupart du temps à la paroi postérieure du pharynx. Le traitement consiste dans l'ouverture de la tumeur au moyen du bistouri, si on ne réussit pas à la faire disparaître autrement. (*Allg. Wien. medic. Zeitg.*, n° 18, 1883.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

MAYLARD. — Un cas rare de division de la voûte palatine (*The Lancet*, 24 novembre 1883).

Nez.

CROLY. — Polype du nez muco-gélatineux (*Dubl. journ. of med. Sc.* Janvier 1883, p. 82).

COSTAMAGNA (Elicio). — Histoire clinique d'un cas de rhinite parasitaire grave, ses mauvais effets locaux et généraux (*Bollett. delle malat. dell' Orech*, etc., n° 6, 1er Novembre 1883).

HUNTER-MACKENSIE. — Maladies du nez considérées comme une cause d'asthme (*Edimb. med. journ.*, Février 1883).

NETTLESHIP. — Névrite du nerf optique suivie d'hydrorrhée nasale (*Centrabl. f. pract. Augenheilk.* Janvier 1883 et *The ophthalmic Rew*, Janv. 1883).

SCHAFFER (H.). — UnCas d'inflammation ulcéreuse de l'éthmoïde droit suivie de la mort (*Prager. Med. Wochenschr.*, n° 20.

SCHAFFER. — Kyste dentaire de la cavité nasale (*Deutsche Med. Wochenschr.*, n° 2, 1883, et *Wien. Mediz. Wochenschr.*, n° 20, 1883).

SCHNITZLER. — De l'asthme considéré surtout dans ses relations avec les affections du nez (*Wien. Med.z, Wochenschr.*, n° 29). Séance de la Société de Médecine de Berlin du 30 Avril 1883.

Schroter. — Inflammation ulcéreuse de l'ethmoïde gauche (*Verein deutscher Aerzte in Prag.* et *Wien. Mediz. Wochenschr.*, n° 19, 1883).

Spencer-Watson. — De la rhinoscopie et du traitement des polypes du nez (*Brit. med. journ.* et *The Lancet*, 1er Décembre 1883).

Wheeler. — Polype du nez (*Dubl. journ. of med. Sc.* Janvier 1883, p. 83).

Larynx.

Aguiar. — Considérations sur la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne (*Thèse Paris*, 12 décembre 1883).

Cadier. — Tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée (*Annales des mal. de l'or. et du larynx*, n° 3, Septembre 1883).

Freemann (Henry). — Enclavement d'un morceau de bœuf dans le larynx, trachéotomie, respiration artificielle. Guérison (*The Lancet*, 20 octobre 1883).

Gomez de la Mata. — La dysphagie dans la phthsie laryngée (*Anales de Otol. y lar*, n° 9, Septembre 1883).

Gouguenheim. — Trois faits d'œdème de la glotte : deux dans le cours d'une phthisie aiguë et un dans celui d'une phthisie chronique (*Annales des mal. de l'or. et du larynx*, n° 3, Juillet, 1883).

Lennox-Browne. — De la photographie du larynx et du voile du palais (*Brit. Med. Journ.*, 27 Octobre 1883).

Masini. — De l'iodoforme dans la phthsie laryngée (*Bollet. delle malat. dell' Orech.* etc., n° 6, 1er Novembre 1883).

Michael. — Tamponnement permanent de la trachée (*Deutsche Med. Wochenshchr.*, n° 52, 1882. et *Wien. Mediz*, *Wochenschr.*, n° 16, 1883).

Ramon de la Sota. — Une sangsue extraite du larynx quinze jours après son introduction (*Revista Med. de Sévilla*, Novembre 1883 n° 5).

Solis Cohen. — De l'apsithyria, ou impossibilité de parler à voix basse, (*Med and Surg. reporter*, 1er Mai 1875 et 10 et 17 Novembre 1883).

Wipham (Thomas). — Des formes les plus communes de maladies du larynx dans lesquelles l'aphonie est le symptôme prédominant (*The Lancet*, 8 décembre 1883).

Oreilles.

Alfort. — De l'otorrhée dans la fièvre typhoïde (*The Lancet*, 27 Octobre 1883, p. 758).

Burnett (Charles). — Rapport sur les progrès de l'Otologie (Physiologie du limaçon chez les vertébrés, par le Dr Baginsky. De la signification de la transmission des sons à l'oreille, par le Dr Samuel Sexton). (*Philadelphia Med. Times*, 6 Octobre 1883).

Burnett. — De l'emploi de la resorcine et du salicylate de chinolin dans l'otorrhée (*Philadelphia Med. Times*, 17 Novembre 1883).

Cassels. — De la production de la surdité artificielle, et de sa valeur dans l'étiologie et l'évolution des maladies de l'oreille (*Arch. of Otol.*, n° 2, 1883).

Field. — Exostose éburnée du conduit auditif externe, extraction à l'aide de l'instrument des dentistes Américains (*Brit. Med. Journ.*, 24 Novembre 1883).

Grazzi Vittorio. — Sur les perforations de la membrane du tympan (Florence, 1884).

Knapp. — Essais infructueux pour restaurer un conduit auditif retréci par des cautérisations à l'acide sulfurique (*Arch. of otol.*, n° 2, 1883).

Litton Forbes. — Des indications et de la valeur thérapeutique de la myringodectomie (*Brit. Med. Journ.*, 27 Octobre 1183).

Moos. — Œdème des régions temporale et zygomatique, comme symptôme de la thrombose du sinus latéral (*Arch. of otol.*, n° 2, 1883).

Publications de la Librairie O. DOIN

8, Place de l'Odéon. — Paris

Manuel pratique des Maladies de l'Oreille, par le docteur GUERDER. Un volume in-18, cartonné diamant, de 320 pages. Prix : 5 francs.

Manuel pratique de Laryngoscopie et de Laryngologie, par le docteur G. POYET, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume in 18, cartonné diamant, de 400 pages avec 35 figures dans le texte et 24 dessins en couleur hors texte, pris d'après nature. Prix : 7 fr. 50.

Traité pratique des Maladies du Larynx, du Pharynx et de la Trachée, par MORELL MACKENZIE, médecin en chef de l'hôpital des maladies de la gorge et de la poitrine à Londres, profess. de Laryngologie au « London Hospital. » Traduit de l'anglais et annoté par MM. les Drs E. J. MOURE et F. BERTIER. Un beau volume in-8° de 820 pages avec 127 figures dans le texte. Prix : 13 fr.

Étude sur la Paralysie isolée du muscle ary-aryténoïdien, par le docteur L. LECOINTRE. Un volume in-8° raisin de 49 pages, avec des figures en noir dans le texte. Prix : 2 fr.

On trouve ce dernier travail au bureau de la *Revue*.